ممارسات الرعاية الصحية # 6

ابقاء الام و الطفل معا يرجع بنتائج ايجابية على الام و الطفل و الرضاعة الطبيعية

Jeannette T. Crenshaw, DNP, RN, NEA-BC, IBCLC, FAAN, LCCE, FACCE

ملخص

هناك حاجة فسيولوجية للام و الطفل على البقاء معا فور لحظة الولادة و خلال الساعات و الايام التي تتبعها. يعتبر ابقاء الام و الطفل معا تمرين امن و صحي للولادة. و تدعم الادلة الالتصاق الفوري لكل من جسم الام و الطفل بعد الولادة المهبلية و خلال و بعد العملية القيصرية لكل الامهات و الاطفال المتوازنين صحيا, بغض النظر عن افضليات التغذية للجنين و الام. و تعزز الفرص الغير محدودة لالتصاق الام و الطفل مع بعضهم البعض و الرضاعة الطبيعية النتائج المثلى للأم و الطفل. تعتبر هذه المقالة بمثابة مرجع مبني على ادلة لتمارين لاميز انترناشونال التي تعزز الولادة الطبيعية, "تمرين الرعاية رقم 6: لا انفصال للام و الطفل مع فرص غير محدودة للرضاعة الطبيعية," نشرت في صحيفة بيرنانتال ايديوكاشن, 16 (3), 2007.

مجلة تثقيف الولادة (23) 4

الكلمات الافتتاحية: الالتصاق الجسمي, الرضاعة الطبيعية, الرضاعة الطبيعية الحصرية, فسيولوجية الولادة, مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل, رعاية كانغارو, العملية القيصرية, التفاعل بين الام و الرضيع, المساكنة, الفترة الحساسة, تمارين الولادة.

يعتبر ابقاء الام و الطفل معا وضمان الفرص غير المحدودة للالتصاق الجسمي بين الام و الطفل و الرضاعة الطبيعية من التمارين الاساسية لولادة صحية و امنه. تحتاج الامهات و الاطفال فسيولوجيا للبقاء معا خلال اللحظات و الساعات و الايام التي تتبع الولادة, حيث تحسن فترة ابقائهم معا من النتائج على الام و الطفل بعد الولادة. و يقع على عاتق تربويي الولادة و غيرهم من مهنيي الرعاية الصحية مسؤولية لدعم هذه الحاجة الفسيولوجية, من خلال التعليم و المناصرة و تطبيق التمارين المتعلقة بالام و المبنية على ادلة. بالتالي, فان الفصل الروتيني للامهات و الاطفال ذوي الصحة الجيدة يمكن ان يكون مؤذيا و يؤثر بشكل سلبي على النتائج الصحية طويلة و قصيرة المدى و نجاح الرضاعة الطبيعية.

لحظة الولادة

قال بيرغمان و بيرغمان (2013, ص 9) "ما هو اكثر ما يحتاجه الطفل لحظة الولادة؟ الام فقط." ان الفريق المحترم للزوج (طبيب صحة عامة) و الزوجة (مدرسة, اخصائية تزويد الدعم النفسي, باحثة) هو الفريق الذي ادرك تأثيرات الالتصاق الجسمي بين الام و الطفل بعد الولادة مباشرة.

و لكن في العديد من الحالات, قليلا ما يلتفت مهنيو الرعاية الصحية في لحظة الولادة الى نتائج بيرغمان, رغم الميزات المهمة لبقاء الام و الطفل معا و التي تم استعراضها خلال الابحاث.

و بناءا على عقود من الادلة, اوصت منظمة الصحة العالمية و يونسيف (2009) ان تبقى الامهات و الاطفال ذوي الصحة

الجيدة ملتصقين جسميا مباشرة بعد الولادة لمدة ساعة واحدة على الاقل و حتى بعد التغذية الاولى للنساء القادرات على تزويد الطفل بالرضاعة الطبيعية, بغض النظر عن افضليات التغذية و طريقة الولادة. و يعني الالتصاق الجسمي وضع الطفل الجاف و العاري على صدر الأم مع تغطية ظهره ببطانية خفيفة. كل الاجراءات الروتينية كتقييمات الام و الطفل يمكن ان تتم خلال الالتصاق الجسدي او يمكن أن تؤجل بعد الفترة الحساسة بعد الولادة مباشرة (الاكاديمية الامريكية لقسم طب الأطفال و المتعلق بالرضاعة الطبيعية, 2012, الكلية الامريكية لمجلس طب التوليد و النساء المتعلق بتمرين طب التوليد و مجلس الرعاية الصحية للمحرومين منها, 2007 (المتجددة 2013), سوبل, سلفرستا, مانترنغ 3, اولفرس و ننن, 2011). الانطباعات الاولى تعتبر دائما في غاية الاهميه و لا يوجد افضل من تقديم الطفل للعالم الخارجي في اللحظات الاولى الى صدر امه.

تتأثر الفترة الحساسة خلال تقريبا الساعة الاولى من الولادة بمستويات مرتفعة من هرمونات الام الانجابية و الاوكسيتوسن و الذي يعبر جسم الطفل خلال المشيمة (بكلي, 2014). يعزز الاوكسيتوسن و الذي يرتفع بشكل كبير خلال الالتصاق الجسمي من رابطة الامومة بين الام و الطفل و يقلل توتر الام و الطفل و يساعد المولود الجديد على الانتقال الى الحياة بعد الولادة (بكلي, 2014, مور, اندرسون, بيرغمان و دوزول, 2012).

تدعى هذه الفترة الحساسة احيانا "بالساعة السحرية" او "الساعة الذهبية" او "الساعة المروعة" و التي تتطلب الاحترام و الحماية و الدعم. ان تعطيل او تأجيل الالتصاق الجسدي يمكن أن يثبط من سلوكيات الطفل الفطرية للحماية مما يؤدي الى عدم انتظام سلوكي و يجعل رابطة الامومه و الرضاعة الطبيعية اكثر صعوبة. و ان نقص الالتصاق الجسدي و الفصل المبكر لرابطة الأم و الطفل يقلل من استجابة الأم الفعالة لطفلها و يؤثر سلبا على سلوكيات الام. و يتضح ذلك من خلال صعوبة التعامل مع الطفل خلال ارضاعه و تقليل الاستجابات الفعالة من الام لاشارات الطفل في الايام الاربعة الاولى من الولادة (دمز و اخرون, 2012) و خلال الشهر الاول حتى الرابع (مور و اخرون, 2012) و السنة الاولى ايضا (بستروفا و اخرون, 2009) مقارنة مع النساء الذين تم فصلهم عن اطفالهم لحظة الولادة.

الاطفال حديثي الولادة عند الولادة

يزداد ارتباط الامهات باطفالهم اذا لم يتم فصلهم في اللحظات الاولى بعد الولادة, و لكن ماذا عن الطفل الذي يتلهف للقاء امه؟ عند لحظة الولادة, يمتلك الاطفال استجابة وقائية عالية للاشارات الحسية و الحرارية و الروائح (مور و اخرون, 2012, تاكاشي, تاماكوشي, ماتسوشيما و كاوابي, 2011). و وضع الطفل على جسد الام يحفز استجابته العالية للاساليب التي تساعد على تلبية احتياجات الطفل البيولوجية الاساسية و ينشط الاليات العصبية و يمكن من التنظيم الذاتي للسلوك العصبي في وقت مبكر (بكلي, 2014, ويدستورم, ليلجا, الاتوما_ميشيلياز, دهلوف و نيسان, 2011) و يقلل التوتر (بيرغمان و بيرغمان, 2013, بيغلو, باور, ماكليلان بيتير, اليكس و مكدونالد, 2012, تاكاشي و اخرون, 2011). و مقارنة مع الاطفال الذين لم يحصلوا على التصاق جسدي مع امهاتهم, فان الاطفال الذين التقوا بجسد امهاتهم بعد الولادة بكوا بطريقة اقل(مور و اخرون, 2012) و كان لديهم غلوكوز اكثر استقرارا في الدم (غابريل و اخرون, 2012) و استقرار مبكر في معدل نبضات القلب و مستويات التشبع الاوكسجيني. و تنخفض مستويات الكورتيزول اللعابية (علامة بيوكيميائية على التوتر) بشكل كبير في حالة استمرار الالتصاق الجسدي لاكثر من 60 دقيقة (تاكاشي و اخرون, 2011), مما يشير الى مؤثر ردة الفعل. و هناك فوائد اخرى يمكن للأم و الطفل تشاركها اذا لم يتم فصلهم بشكل روتيني في اللحظات الأولى بعد الولادة.

يقل خطر انخفاض درجة حرارة حديث الولادة عند وضعه على جسد امه, و ذلك لأن ثدي الأم يعدل درجة الحرارة لتنظيم درجة حرارة المولود الجديد مما يعزز التنظيم الحراري (بيرغستروم, اوكونغ و رانسو-ارفيدسون, 2007, غابريل و اخرون, 2010, مور و اخرون, سوبل و اخرون, 2011, تاكاشي و اخرون, 2011). و يمّكن الالتصاق الجسدي حديثي الولادة من استيطان بيئة الام (مقابل بيئة المستشفى) للحماية ضد العدوى و تعزيز الرضاعة الطبيعية (سوبل و اخرون, 2011). ان

اعاقة الالتصاق الجسدي مع الام لحظة الولادة من اجل الاستحمام المبكر يرفع خطر انخفاض درجة حرارة حديثي الولادة و يزيل بكتيريا الام و المادة الشمعية المحيطة بالجنين عند الولادة (و التي ترفع خطر عدوى المستشفيات), و يمكن أن يمنع الزحف المنعكس و الذي يمكن ان يقلل الوقت اللازم للوصول الى موضع الرضاعة الطبيعية الفعّالة للطفل. ان منافع الالتصاق الجسمي بما في ذلك درجة حرارة منظمة و فرصة للزحف المبكر للوصول الى ثدي الأم تدل على الحصول على افضل النتائج الممكنة للأم و الجنين.

الامهات عند الولادة

تحضّر هرمونات الولادة و الالتصاق الجسدي الأم للحاجة و السعي الى احتضان طفلها في لحظة الولادة. و يحفز الاوكسيتوسن ,و هو الهرمون الدي يسبب انقباض الرحم, مشاعر الامومة بعد الولادة, و ذلك عندما تقوم الام بلمس و النظر الى و ارضاع مولودها (بكلي, 2014). و يتم افراز المزيد من الاوكسيتوسن عندما تقوم الأم بوضع طفلها على جسدها. و يقوم دماغ الأم بافراز بيتا اندروفين خلال الالتصاق الجسدي, و هو بمثابة هرمون شبه مسكن يساعد الام على الاستجابة لطفلها و يعزز متعة تفاعلها و يساعدها على الشعور بالراحة (بكلي, 2014).

نفّذت مبادرة المستشفى الصديقة للطفل في عام 1998 للتقليل من الاثار السلبية لبعض ممارسات الامومة فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية, و تصف عشرة خطوات مبنية على ادلة لتعزيز و دعم و الحفاظ على الرضاعة الطبيعية. و يجب ان تطبق هذه الخطوات العشرة من خلال اعدادات الامومة التي تسعى لمسمى "الصديقة للطفل" (منظمة الصحة العالمية و اليونسيف, 2009). و تنصح الخطوة الرابعة مهنيي الرعاية الصحية بمساعدة الامهات عالميا على تطبيق الرضاعة الطبيعية خلال الدقائق الثلاثين الاولى بعد الولادة (منظمة الصحة العالمية و اليونسيف, 2009) و خلال الساعة الاولى من الولادة في الولايات المتحدة (الصديقة للطفل, الولايات المتحدة, 2010). ان تفسير الخطوة الرابعة يوجب وضع كل الامهات و الاطفال السليميين بموضع الالتصاق الجسدي مباشرة بعد الولادة, بغض النظر عن افضليات التغذية, و يساعد الام على ادراك الوقت الذي يظهر فيها الطفل اشارات الجهوزية للرضاعة.

رعاية الالتصاق الجسدي بين الام و الطفل و الرضاعة الطبيعية

يعتبر الالتصاق الجسدي و غير المنقطع لحوالي ساعة من اكثر الاستراتيجيات الفعالة في اعدادات الامومة لتعزيز الرضاعة الطبيعية الحصرية, حيث تعكس الرضاعة الطبيعية "الاستيقاظ" خلال الالتصاق الجسدي (ودسروم و اخرون, 2011). و يعرض المواليد الجدد سلسلة من تسعة سلوكيات للكائنات الحية و التي تنتج عن الارتباط مع صدر الام (انظر الى الجدول 1). و يعزز الالتصاق الجسدي السلوك الفطري للطفل من خلال انتاج مستويات عالية من الاوكسيتوسن عند الولادة و يمكن ايضا ان تفسر سبب ايجاد الباحثين علاقة ما بين الالتصاق الجسدي و تحسن نتائج الرضاعة الطبيعية حيث يكون الاطفال اكثر عرضة للرضاعة الطبيعية الحصرية عند الخروج من المستشفى و بعد الخروج ايضا و لفترات اطول (برامسون و اخرون, 2010, غابرل و اخرون, 2010, مور و اخرون, 2012).

يؤثر كل من التوقيت و فترة الالتصاق الجسدي ايضا على نتائج الرضاعة الطبيعية (برامسون و اخرون, 2010, غابرل و اخرون, 2010, مور و اخرون, 2012). حيث أن الالتصاق الفوري بجسم الام و لفترة طويلة يحسن الرضاعة الطبيعية الحصرية و مدتها و لا تعتمد هذه النتائج على كون الولادة مهبلية أو قيصرية.

جدول 1

سلوكيات حديثي الولادة التسعة الفطرية خلال الالتصاق الجسدي و بعد الولادة

المرحلة	الاسم	الوصف
.1	البكاء عند الولادة	يحدث عند الولادة مع توسع رئتي المولود
.2	الراحة	تمثل استرخاء الايدي من دون حركات الفم
.3	الاستيقاظ	تشمل حركات صغيرة للرأس و الكتفين
.4	الحركة	تشمل الترديد بحركات الفم و الرضاعة و تحريك الشفتين
.5	الراحة	و هي فترات من الراحة بين اي مرحلة
.6	الزحف	و ذلك للاقتراب من الثدي مع فترات قصيرة من الحركة للوصول الى الثدي و الحلمة
.7	التعود على الأشياء	لعق الحلمة و لمس و تدليك الثدي
.8	الرضاعة	الرضاعة و مص الثدي و التمسك به
.9	النوم	الاستغراق في نوم مريح

الالتصاق الجسدي المبكر بين الام و المولود بعد الولادة المهبلية و العملية القيصرية

يمكن للالتصاق الجسدي المباشر ان يتم فور ولادة الطفل و قبل لقط الحبل السري و ذلك عند وضع الجنين على بطن الام حيث يكون جسمه جاف و مغطى ببطانية خفيفة (الولايات المتحدة الصديقة للطفل, 2010, سوبل و اخرون, 2011. يونسف,2011, منظمة الصحة العالمية و اليونسف, 2009). و عند لقط الحبل السري يمكن وضع الطفل مباشرة على صدر الأم.

يمكن للالتصاق الجسدي أن يبدأ بعد الولادة القيصرية في غرفة العمليات عندما تكون الام متيقظة و قادرة على الاستجابة (الولايات المتحدة الصديقة للطفل, 2010, يونسف, 2011). ان الغالبية العظمى من النساء الذين يخضعون للعملية القيصرية يكونوا مستيقظين عند استخدام المخدر فوق الجافية او مخدر العمود الفقري. و وصفت النساء الذين اختبروا الالتصاق الجسدي التجربة بأنها ذات معنى و لم يهتموا بالعملية القيصرية بقدر تركيزهم على مولودهم. و ذكروا بأنهم على استعداد لتجربة الالتصاق الجسدي مرة اخرى اذا اتيحت لهم الفرصة (كرينشو و اخرون, 2012, فيليبس, 2013). و لا يوجد دليل لتأخير

الالتصاق الجسدي الى ان تصبح الام و الطفل في غرفة النقاهة او وحدة الرعاية بعد التخدير. و بالتالي, يجب أن تكون فرصة الالتصاق الجسدي مباشرة و فورية.

ان الهدف من الالتصاق الجسدي هو ان يكون "فوري" و لكن هناك جدل دائر حول معنى "فوري" و احيانا يتم فهمه على انه يتم " خلال الثواني الخمسة الاولى بعد الولادة." و ليتم تحديد مكان الولادة على انه مكان صديق للطفل, 80% من الامهات الجدد و العاملين الذين يهتموا بصحة المواليد الجدد يجب عليهم الابلاغ أن الالتصاق الجسدي بدأ فورا (الولايات المتحدة الصديقة للطفل, 2010, يونسف, 2011, منظمة الصحة العالمية و اليونسف, 2009).

المثال الوحيد الذي يتم فيه وصف الالتصاف الجسدي "الفوري" على انه يجب ان يتم "خلال الخمسة دقائق" الاولى بعد الولادة هي في الحالة غير الاعتيادية عندما يكون ماسح الدراسة يراقب مباشرة عملية الولادة. و اذا قام الماسح بمراقبة الالتصاق الجسدي "خلال الخمسة دقائق" الاولى, فانه يصنفه او يعرّفه على انه فوري. اما النتيجة غير المقصودة لتطبيق الالتصاق الجسدي الذي يتم "خلال الخمسة دقائق" الاولى من الولادة لكل الولادات تتم عندما يتم تأجيل الالتصاق الجسدي بشكل لا داعي له, و ذلك لضمان راحة الطاقم الطبي و توفير الرعاية الروتينية كتقييم صحة المولود الجديد تحت اشعة جهاز التدفئه أو قياس وزن المولود. و يحصل هذا التأخير رغم وجود الأدلة الدامغة التي تدعم الالتصاق الجسدي الفوري للأم و الطفل و البحث الذي يظهر مؤثر استجابة الطفل لهذا الالتصاق.

فوائد ابقاء الامهات و المواليد مع بعض تتعدّى لحظة الولادة

تتعدّى منافع الالتصاق الجسدي الى ما بعد لحظة الولادة و تستمر حاجة الام و الطفل العاطفية و الجسدية لبعضهم البعض سواء في محيط رعاية الامومة او المنزل. حيث تتعلم الأم بسرعة حاجات طفلها و افضل الطرق لرعايته و الاعتناء به و تهدئته عندما يمضيان الوقت معا.

و يخبر تفسير الخطوة السابعة لمبادرة المستشفى الصديق للطفل مهنيي الصحة حول الادلة على ابقاء الامهات و الاطفال مع بعض 24 ساعة يوميا لتحسين نتائج الصحة (الولايات المتحدة الصديقة للطفل, 2010, يونسف, 2011, منظمة لبصحة العالمية و اليونسف, 2009).

تمتلك الامهات و اطفالهم العديد من الفرص لامضاء الوقت بالالتصاق الجسدي و "ممارسة" الرضاعة عندما يكونوا مع بعض. و ترتفع مستويات البيتا اندروفين لكل من الام و الطفل عند كل فرصة للرضاعة مما " يعزز و يكافيء التفاعلات بين الأم و الطفل" (بكلي, 2014). و على مدار عدة عقود, ذكر الباحثون أن الامهات اللواتي يبقين مع اطفالهن يسجلن درجات اعلى في الاختبارات التي تقيس مدى ثقة الأم و يمتلك الاطفال الذين يبقون مع امهاتهم نوما اكثر هدوئا مقارنة مع الاطفال الذين يتم فصلهم عن امهاتهم (كيفي, 1988, كيفي, 1987, ياماتشي و يامانوتشي, 1990).

بقاء الامهات و اطفالهن مع بعض بعد الولادة يسهل الرضاعة الطبيعية و يساعد الأم على انتاج كميات وفيرة من الحليب وبالتالي يزيد من قدرتها على الرضاعة لفترات اطول, و من المرجح ان تساعد على بقاء الرضاعة الحصرية الطبيعية مقارنة مع النساء اللواتي تم فصلهن عن مواليدهن (بيستروفا و اخرون, 9, زينكنر و اخرون, 2013). و يبدو ان بقاء المواليد مع امهاتهم يمتلك مؤثر استجابة, حيث أن النساء يصبحن اكثر قدرة على الرضاعة الطبيعية الحصرية عند خروجهن من المستشفى مقارنة مع النساء اللواتي بقين مع مواليدهن لبعض الوقت (زوبا و اخرون, 2009). ويظهر البحث أن الالتصاق الجسدي عند بقاء الأبناء و الامهات مع بعض قلل من الضغط الفسيولوجي للأمهات و مشاعر الكابه بعد خروجهن من المستشفى, مما يساعدهن على اداء دورهن كأمهات بفاعلية اكبر. و كانت فترة الرضاعة الطبيعية اطول لدى الامهات اللواتي التصقن جسديا بأطفالهن بشكل متكرر خلال بقائهن مع بعضهن البعض مقارنة بالنساء اللواتي حظين بالتصاق جسدي مع اطفالهن لفترات اقصر خلال الخمسة ايام الاولى بعد الولادة (بيغلو و اخرون, 2014). و يقترح البحث ان الالتصاق الجسدي

خلال بقاء الامهات مع اطفالهن يمكن ان يساعد الامهات على تخطي مشاكل الرضاعة و بالتالي خطر انقطاع الرضاعة الطبيعية (شيو, اندرسون و بركامير, 2008).

اجريت بعض التجارب العشوائية او شبه العشوائية و المراقبة لمقارنة فصل النساء عن مواليدهن و ابقائهن مع بعض بعد الولادة (حافر, لي و هو, 2012), حيث تدعم المخاوف الاخلاقية لاجراء هذه التجارب ,في ظل وجود ادلة قوية من دراسات اقل دقة, بقاء الامهات و المواليد مع بعضهم البعض لتحسين فعالية الامهات و راحتهم و نتائج الرضاعة الطبيعية (بال ورد-بلات, هيسلوب, ليتش و براون, 2006, بيستروفا و اخرون, 2009, كيف, 1988, كيف, 1987).

فرص غير محدودة للرضاعة الطبيعية: ما هي اهميتها؟

تظهر الدلائل ان بقاء الامهات مع اطفالهن خلال و بعد الولادة يحسن نتائج الرضاعة الطبيعية و التي تعتبر الطريقة المثلى لصحة الأم و الجنين, حيث ان استبدال حليب الأم بأغذية بديلة عن اللبن ظهر بأن له تأثير سلبي طويل و قصير المدى على صحة الام و الطفل (الاكاديمية الامريكية لقسم طب الأطفال حول الرضاعة الطبيعية, 2012, الفريق التعاوني حول تمرين طب التوليد و لجنة الرعاية الصحية للأشخاص المحرومين منها, 2007 {اوكدت في 2013}, مؤسسة الصحة العامة الأمريكية, 2007, دائرة الصحة و الخدمات البشرية, 2011, منظمة الصحة العالمية و اليونسف, 2003).

و تعتبر الرضاعة الحصرية لستة شهور واحدة من اهم الاستراتيجيات التي تحسن صحة الجنين و الطفل و تقلل امراض الطفولة و معدل الوفيات. و بناءا على عقود من الأبحاث, فان ارتفاع الرضاعة الطبيعية الحصرية يعتبر اساسي لتقليل حالات موت الاطفال التي يمكن الوقاية منها و تعزز صحة الطفل على المدى الطويل.

و الاطفال الذين لم يحظوا برضاعة طبيعية مثلى معرضون لخطر الاصابة بأمراض طويلة و قصيرة المدى كالاسهال و عدوى الجهاز التنفسي السفلي و اعراض الموت المفاجيء للجنين و مرض السكري النوع 1 و 2 و السمنة و الكولسترول المرتفع و الالتهاب الرئوي و اللوكيميا (اب و اخرون, 2007, اب, شنغ, رامان, تركالينوس و لو, 2009). و ترتفع هذه المخاطر بصورة ملحوظة عند الاطفال الرضع و المولودين بوقت متأخر و الاطفال الذين يولدون في الاماكن غير المتطورة. و تشمل المخاطر المرتبطة بالرضاعة الطبيعية غير المثالية للنساء ازدياد حالات الاصابة بسرطان الثدي و المبيض و سكري من نوع 2 و الاحتفاظ بوزن الحمل و متلازمة التمثيل الغذائي و ذبحة قلبية (اب و اخرون, 2007, اب و اخرون, 2009, ستويب, 2009). و قد تخفف الرضاعة الطبيعية من اكتئاب ما بعد الولادة (بغلو و اخرون, 2012, دينس و مكوين, 2009, ستويب, 2009).

و لصحة افضل, يجب أن تستمر الرضاعة بعد الستة اشهر الاولى مع اضافة اطعمة غنية بالحديد و مناسبة ثقافيا مع بيئة العائلة. و اوصى الخبراء في الولايات المتحدة الامريكية (دائرة الصحة و الخدمات البشرية في الولايات المتحدة, 2010) ان تستمر الرضاعة الطبيعية لسنة كاملة على الاقل, بينما اوصى خبراء الصحة العالمية ان تستمر الرضاعة لسنتين على الاقل (منظمة الصحة العالمية, 2010).

لدى جميع العاملين في مجال الصحة مسؤولية اخلاقية لتعزيز و دعم و حماية الرضاعة الطبيعية و ان يكونوا مختصين برعاية الرضاعة و الخدمات (لجنة الولايات المتحدة للرضاعة الطبيعية, 2010). و تثقيف النساء حول ممارسات الانجاب الصحي بما في ذلك ابقاء الامهات و الاطفال مع بعض و التي تعتبر استراتيجية مهمه لتحسين بداية الرضاعة الطبيعية و مدتها و تفردها عن الرضاعة الاصطناعية. و ضمان سياسات الامومة المبنية على ادلة و التي تسهل "عدم الفصل" هي مسؤولية اساسية لجميع العاملين في مجال الصحة.

الاثار

يمتلك كل شخص دور في بقاء الامهات و أطفالهن مع بعض بعد الولادة. و تستطيع النساء اختيار تحضيرات و بيئة الامومة التي تكون صديقة للطفل او التي تعمل لتصبح صديقة للطفل في مركز الولادة او المستشفى. و يمكن للنساء ايضا اختيار مرافق للولادة يدعم رغبتهن بالالتصاق الجسدي المباشر و البقاء مع اطفالهن خلال الساعات و الايام التي تتبع الولادة. و اذا تمت الاشارة الى الجراحة القيصرية لأسباب طبية, يمكن للنساء مناقشة رغبتهن في الحصول على التصاق جسدي مع اطفالهم في غرفة العمليات مع فريق الرعاية الصحية ويمكنهم ايضا توصيل قراراتهم لعائلاتهم و طلب دعمهم. و يمكن لتربويون قضايا الحمل و الولادة مناقشة الادلة المثبتة على بقاء الامهات و اطفالهن مع بعض و اهمية الالتصاق الجسدي الفوري و الرضاعة الطبيعية الحصرية. و يمكن للقائمين على رعاية الامهات بما في ذلك القابلات و الممرضات و الاطباء و اخصائيات الدعم النفسي التأكد من أن النساء على دراية كاملة بالبهجة و الفوائد الصحية التي تنتج عن بقائهم مع اطفالهم. و يمكنهم ايضا العمل على استبعاد الاجراءات الروتينية التي تتعارض مع الحاجة الفسيولوجية لبقاء الام و الطفل مع بعضهم البعض.

الخاتمة

اكثر ما تحتاجه الامهات و الاطفال بعد الولادة هو بقائهم معا مع فرص غير محدودة للالتصاق الجسدي و الرضاعة الطبيعية. و عندما يقوم العاملون في مجال الصحة باحترام و دعم الحاجة الفسيولوجية للأمهات و الأطفال ببقائهم معا, فانهم بالتالي يحسنون النتائج الصحية قصيرة و طويلة المدى للأمهات و الأطفال. و منع فصل الامهات عن اطفالهن الا في حالة وجود مؤشرات طبية ملحة تعتبر ممارسة اساسية للحفاظ على انجاب صحي و تعتبر ايضا بمثابة مسؤولية اخلاقية للعاملين في مجال الرعاية الصحية.

الشكر و التقدير

أود أن اشكر اليزابيث وينسلو PhD, RN, FAAN لتزويد المعلومات المرجعية لهذا البحث. و اود ايضا أن اشكر زوجي هنري (الكاتب و الناقد المفضل لدي) لتزويده بأفكار خلاقة و بناءه و غير بناءه ايضا للوصول الى طريقة كتابة افضل.

References

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics,*

129(3), e827-e841. doi:10.1542/peds.2011-3552 [doi]

American College of Obstetrics and Gynecologists Committee [ACOG] on Obstetrics Practice and Committee on Health Care for Underserved. (2007 [Reaffirmed 2013]). Special report from ACOG. Breastfeeding: Maternal and infant aspects. *ACOG Clinical Review, 12*(Suppl.1), 1S-16S.

American Public Health Association. (2007). *A call to action on breastfeeding: A fundamental public health issue.* Retrieved from http://www.apha.org/advocacy/policy/Policysearch /default.htm?id=1360

Baby-Friendly USA. (2010). *Guidelines and evaluation criteria for facilities seeking Baby-Friendly designation [Revised*

2011]. Albany, NY: Baby-Friendly USA.

Ball, H. L., Ward-Platt, M. P., Heslop, E., Leech, S. J., & Brown, K. A. (2006). Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Archives of Disease in Childhood, 91*(12), 1005-1010. doi:10.1136/adc.2006.099416

Bergman, J., & Bergman, N. (2013). Whose choice? Advocating birthing practices according to baby's biological needs.

The Journal of Perinatal Education, 22(1), 8-13. doi:http://dx.doi.Org/10.1891/1058-1243.22.l.

Bergström, A., Okong, P., & Ransjö-Arvidson, A. (2007). Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of

newborn. *Acta Paediatrica, 96*(5), 655-658. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00280.x

Bigelow, A. E., Powers, M., Gillis, D. E., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2014). Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infants' first three months. *Infant Mental Health Journal, 35*(1), 51-62. doi:http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21424

Bigelow, A., Power, M., MacLellan- Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin- to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 41*(3), 369-382. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x

Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of early skin-to- skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation, 26*(2), 130-137.

Buckley, S. J. (2014). *The hormonal physiology of childbearing.* Manuscript submitted for publication.

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., . . . Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction 1 year later. *Birth, 36*(2), 97-109.

Chiu, S., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2008). Skin-to-skin contact for culturally diverse women having breastfeeding difficulties during early postpartum. *Breastfeeding Medicine, 3*(4), 231-237. doi:10.1089/bfm.2008.0111

Crenshaw, J. T., Cadwell, K., Brimdyr, K., Widström, A., Svensson, K., Champion, J. D., . . . Winslow, E. H. (2012). Use of a video- ethnographic Intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin- to- skin care and breastfeeding rates. *Breastfeeding Medicine, 7*(2), 69-78. doi:10.1089/bfm.2011.0040

Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics, 123*(4), e736-e751. doi:10.1542/peds.2008-1629 [doi]

Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A. M. (2013). Influence of skin- to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research, 22*(3), 310-336. doi:10.1177/1054773812468316; 10.1177/1054773812468316

Gabriel, M., Llana Martín, I., Lopez Escobar, A., Fernandez Villalba, E., Romero Blanco, I., & Touza Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin- to- skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica, 99*(11), 1630-1634. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., . . . Lau, J. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries [Evidence Report/Technology Assessment No. 153]*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine, 4*(Suppl 1), S17-S30.

Jaafar, S. H., Lee, K. S., & Ho, J. J. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming in for increasing the duration of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews [Issue 9. Art no.: CD006641]*, doi:10.1002/14651858.CD006641.pub2.

Keefe, M. R. (1988). The impact of infant rooming- in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 17*(2), 122-126.

Keefe, M. R. (1987). Comparison of neontal nighttime sleep-wake patterns in nurse versus rooming-in environments. *Nursing Research, 36*(3), 140-144.

Maayan-Metzger, A., Schushan-Eisen, I., Lubin, D., Moran, O., Kuint, J., & Mazkereth, R. (2014). Delivery room breastfeeding for prevention of hypoglycaemia in infants of diabetic mothers. *Fetal and Pediatric Pathology, 33*(1), 23-28.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, CD003519*, doi:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3

Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews, 13*, 67-72. doi:http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001

Sobel, H. L., Silvestre, M. A. A., Mantaring III, J. B. V., Oliveros, Y. E., & Nyunt-U, S. (2011). Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 100*(8), 1127-1133. doi:DOI:10.1111/j.1651-2227.2011.02215.x

Stuebe, A. (2009). The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Reviews in Obstetrics and Gynecology, 2*(4), 222-231.

Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M., & Kawabe, T. (2011). Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development, 87*(3), 151-157. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2020: Improving the health of Americans*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *The Surgeon General's call to action to support breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. Retrieved from http://www.surgeongeneral.gov

UNICEF. (2011). *How to implement Baby Friendly standards: A guide for maternity settings.* London, England: UNICEF UK Baby Friendly Initiative.

United States Breastfeeding Committee. (2010). *Core competencies in breastfeeding care and services for all health professionals (Revised Ed.)*. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee.

Widström, A., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica, 100*, 1-7. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x

World Health Organization. (2010). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html

World Health Organization & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding.* Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html

World Health Organization & UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care.* Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf

Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 79*(11), 1017-1022.

Zenkner, J. R. G., Miorim, C. F. B., Cardoso, L. S., Ribeiro, J. P., Cezar-Vaz, M. R., & Rocha, L. P. (2013). Rooming-in and breastfeeding: Reviewing the impact on scientific production of nursing. *Revista De Pesquisa Cuidado E Fundamental Online, 5*(2), 3808-3818. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n2p3808

Zuppa, A. A., Sindico, P., Antichi, E., Carducci, C., Alighieri, G., Cardiello, V., . . . Romagnoli, C. (2009). Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming-in. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 22*(9), 801-805. doi:10.1080/14767050902994499

السيرة الذاتية للكاتب

يركز عمل جانيت ت.كرينشو على الترويج للقيادة القائمة على ادلة وعلى الامومة وممارسات الصيام قبل الجراحة. وتشاورت في الصين والشرق الاوسط على تنفيذ ممارسات الأمومة القائمة على الأدلة. وتشمل المناصب القيادية لها أمين صندوق لجنة الرضاعة الطبيعية للولايات المتحدة الأمريكية والرئيس السابق للامازانترناشيونال.

للتواصل مع جانيت ت.كرينشو حول المقالة من خلال البريد الالكتروني التالي: Jeannette.Crenshaw@ttuhsc.edu